Aus der Psychiatrischen und Nervenklinik Würzburg
(Direktor: Professor Dr. Reichardt)

Halluzinose-ähnliche Bilder im Anschluß an die Malariabehandlung bei progressiver Paralyse.

Inaugural-Dissertation

zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Julius-Maximilian-Universität
Würzburg.

vorgelegt von

Richard Herrmann.

Tag der mündlichen Prüfung: 14. Juni 1937

Buchdruckerei Max Döres, Erlangen, Rückertstraße 1
1938

Dekan: Prof. Dr. Groll

Dozent: Prof. Dr. Reichardt

R. UNIV.
BIBLIOTHEEK
LEIDEN

Gedruckt mit Genehmigung der Hohen Medizinischen
Fakultät der Universtität Würzburg.

Meinen lieben Eltern und meinem väterlichen Freund, Herrn Dr. med. Winker, Hartenstein, in Dankbarkeit gewidmet.

Halluzinose-ähnliche Bilder im Anschluß an Malariabehandlung bei progressiver Paralyse.

Die progressive Paralyse war früher eine unbedingt tödliche Krankheit. Wenn man die psychiatrischen Lehrbücher vor 30 Jahren ansieht, findet man als Durchschnittsdauer der manifesten Paralyse 2—3 Jahre. War die Diagnose auf Paralyse gestellt, so war damit eine Todesprognose gegeben. In den letzten 3 Jahrzehnten hat sich das klinische Bild der Paralyse und vor allem auch die Lebensdauer der Kranken mehr und mehr geändert. Die eigentlichen klassischen Paralysen wurden seltener. Die dementen Paralysen nahmen sehr zu. Vor allem wurde die Lebensdauer der Paralysekranken eine wesentlich längere. Paralysen von 4—6 Jahren waren keine Seltenheiten. Mehr und mehr tauchten die sogenannten stationären Paralysen auf, sodaß man sagen konnte, die Paralyse hat in den letzten Jahrzehnten zweifellos einen milderen Verlauf angenommen.

In diese Zeit des milderen Verlaufes fällt die Großtat von Wagner-Jauregg, die Erfindung der Malariabehandlung der Paralyse.

Möglicherweise hat die Behandlung auch deshalb so überraschend gute Erfolge gehabt, weil die Paralyse gerade in den letzten Jahrzehnten besser und frühzeitiger erkannt wurde und die Diagnostik wesentliche Fortschritte gemacht hat. Deshalb konnte die spezifische Behandlung auch früher einsetzen, bevor die das Leben bedrohenden, vegetativen Symptome auftraten.

Mit der Frage, warum der Verlauf der Paralyse in den letzten Jahrzehnten durchschnittlich milder und günstiger geworden ist, wollen wir uns hier nicht beschäftigen.

Die zahlreichen Malariabehandlungen der Paralyse haben unter anderem die merkwürdige Tatsache ergeben, daß einzelne Paralytiker, während oder nach der Malariabehandlung, an teils halluzinoseähnlichen, teils mehr deliriösen Symptomenkomplexen erkrankt sind. Diese halluzinoseähnlichen Bilder während der Malariabehandluug der Paralyse und auch darnach sind sehr eigenartig und bemerkenswert. Sie fallen aus dem Rahmen

der sonstigen behandelten Paralysen heraus, und sind wenig häufig (aus den in Würzburg und in Werneck behandelten Paralysen sind mit solchen halluzinoseähnlichen Bildern 6 stationär geworden).

Es erhebt sich dementsprechend die Frage, ob diesen Halluzinosebildern bei der behandelten Paralyse irgendwelche Bedeutung zukommt, sei es prognostisch oder lokalisatorisch.

Fast schon so alt wie die Malariabehandlung selbst sind die Beobachtungen dieser Bilder. War es doch Gerstmann, ein Schüler Wagner-Jauregg's, der als erster diese Bilder beschrieb. Er schreibt, daß die Halluzinosen nach Malariabehandlung sehr selten seien. Er weist darauf hin, daß unter den Trugwahrnehmungen die des Gehörs die Hauptrolle spielen, Körpersensationen dagegen sehr selten sind und Gesichtshalluzinationen sollen nur vereinzelt vorkommen. Auch Beeinflussungs-, Beeinträchtigungs- und Verfolgungsideen erwähnt er bereits. Gerstmann hebt hervor, daß keine alkoholischen und heriditären Komponenten bei seinen Patienten vorhanden waren.

Bause und Rodenburg berichten ebenfalls, neben vielen anderen Autoren, über solche Halluzinose-Bilder.

Histologische Untersuchungen der Gehirne halluzinierender Paralytiker wurden vorgenommen. Dabei gehen die Ansichten der Autoren sehr weit auseinander; so denkt Gerstmann an eine spezifisch-toxische Schädigung, Hermann und Hernheise glauben eine Atrophie des Schläfenlappens feststellen zu können. Noch viele andere Meinungen wären hier anzuführen.

Ich möchte hier 6 Krankengeschichten vorlegen; sie sollen Material geben, um vielleicht später die Ursache der Halluzinosebilder noch erforschen zu helfen.

Krankengeschichte
Fall I

H. Sch. verheirateter Dachdeckermeister, geboren am 6. September 1881.

Aufnahme: Der Patient wird auf Ersuchen der Angehörigen nach Artikel 80 Absatz 2 in die Klinik eingewiesen. Er hat in den letzten 14 Tagen seine Arbeit vollkommen vernachlässigt. Er machte unsinnige Einkäufe und war sehr erregt. Weiterhin äußerte er, daß er der Papst und der Reichs-

präsident wäre; bei Widerspruch von seiten der Angehörigen wurde er erregt und tätlich.

Körperlicher Befund: gut genährter, kräftiger Mann, ohne körperliche Besonderheiten. Neurologisch: Pupillen eng, stecknadelkopfgroß, Lichtreaktion vollkommen erloschen. Keine Ataxie, keine Pyramidensymptome.

Psychischer Befund: Der Patient ist sehr euphorisch, trägt in langen Reden uferlose Größenideen vor, verspricht den Kriminalbeamten ungeheure Geldsummen, behauptet, er wäre der Reichspräsident, er hätte alle Orden, wäre in 18 Vereinen usw.

30. 9. 1930: Psychisch hat sich der Befund nicht geändert. Der Patient redet fortwährend und drängt fort. Zeitweise weint er, dann singt er wieder. Auf Befragen, wann er Syphilis gehabt hätte, gibt er zunächst an, daß er sie schon gehabt habe, als er noch nicht laufen konnte, dann wieder sagt er, daß er sie vor 20 Jahren von einer Kellnerin bekommen habe. Er lenkt dann wieder ab und verliert sich in seinen Größenideen.

Intelligenzprüfung: der Patient ist über das Datum einigermaßen unterrichtet, kann vorwärts die Monate aufzählen, rückwärts gelingt es ihm nicht. Das Gedächtnis hat kaum gelitten. Wörter und Zahlen merkt er einigermaßen. Sonst ist nichts mit ihm anzufangen, da er ständig singt und seine Größenideen anzubringen versucht.

10. 10. 1930: der Patient hat eine Bronchitis. Trotzdem ist er in gehobener Stimmung, singt, tanzt und pfeift und ist stets guter Laune.

26. 10. 1930: Impfung mit Malariablut.

3. 11. 1930: der Patient hat jetzt noch kein Fieber gehabt. Er begrüßt laut schreiend den Arzt und es fehlt ihm jegliche Krankheitseinsicht. Er singt und pfeift den ganzen Tag.

8. 11. 1930: der Patient hat bis jetzt 2 Fieberstöße gehabt. Beim Temperaturanstieg ist er ruhig, dann kommen sofort seine urteilsschwachen Größenideen und er singt ständig. Er äußerte heute, er habe sich den größten Grabstein aus Berlin kommen lassen, er wolle sich langsam beerdigen lassen.

18. 11. 1930: bis jetzt hat der Patient 19 Fieberstöße gehabt, im Fieberanstieg ist er ruhig, in der Zwischenzeit sehr laut. Er läßt unter sich, obwohl er aufgefordert wird, das Bett zu verlassen.

26. 11. 1930: vorgestern der letzte Fieberstoß. Patient sieht angegriffen aus, der Puls ist sehr schwach. Subjektiv fühlt er sich wohl, äußert immer wieder seine Größenideen; an Weihnachten will er ein großes Feuerwerk veranstalten, es darf eine Milliarde kosten, die Aerzte, die Schwestern, Militär, alles wird dazu eingeladen. Die Schwestern bekommen alle seidene Kleider und seidene Strümpfe.

Eine psychische Besserung ist einstweilen nicht zu bemerken. Der Patient ist nach wie vor überlaut und bringt seine Größenideen vor. Er schimpft viel über die Irrenanstalt.

12. 12. 1930: psychisch eher verschlechtert als verbessert. Expansiver als vor der Behandlung. Patient droht viel und schlägt nach den Pflegern.

26. 12. 1930: der Patient ist unverändert. Er wühlt den ganzen Tag im Bett, singt, pfeift und schreit, bedient sich in letzter Zeit ausländischer Schimpfworte.

15. 1. 1931: leichte Beruhigung, aber immer noch die expansiven Größenideen.

24. 1. 1931: Verlegung wegen Platzmangel in die Heil- und Pflegeanstalt Werneck.

Krankengeschichte der Heil- und Pflegeanstalt Werneck.

Psychischer Aufnahmebefund: der Patient ist äusserst gereizt, er drängt fort; schimpft über die Ärzte, will sie alle erschießen lassen, behauptet, er werde als Oberst seines Regiments sofort die Truppen antreten lassen. Dann will er alles niederbrennen. Er steht viel am Fenster, gibt an, daß er Stimmen höre, daß er Gestalten sehe und daß alle Engel der Welt mit ihm sprechen würden usw.

Körperlicher Befund: nicht zu erheben, da Patient sich wehrt.

28. 1. 1931: spricht viel für sich, lacht viel in gehobener Stimmung, hört ständig Stimmen und sieht Gestalten, (meist Frauen) „telephoniert" den ganzen Tag. Größenideen massenhaft vorhanden. Salvarsanbehandlung kann vorläufig nicht eingeleitet werden, da sich der Patient wehrt.

4. 2. 1931: meist in läppisch-heiterer Stimmung, „telephoniert" fortwährend, sagt auch aus, daß er im Augenblick mit seiner Frau spreche. Körperlich ohne Befund. Hat unsinnigen Appetit. Recht reizbar, schlägt rücksichtslos zu.

10. 2. 1931: tagsüber außer Bett, spricht viel zum Fenster hinaus, nachts recht störend. Allgemeinkenntnisse noch gut erhalten, rechnet auch gut, spielt viel Ziehharmonika.

20. 2. 1931: läppisch-heiteres Gebaren, halluziniert immer noch, will fort, droht oft und ist recht reizbar. Salvarsankur wurde mit Gewalt durchgeführt.

20. 3. 1931: bietet ein manisches Zustandsbild, redet den ganzen Tag, hört immer noch Stimmen und sieht Gestalten; gewaltige Zunahme an Körpergewicht 68 kg.

5. 4. 1931: Zustandsbild unverändert, Patient hat immer noch seine „telephonischen" Verbindungen nach auswärts, drängt viel fort, nimmt es aber selbst nicht ernst, körperlich ohne Befund.

18. 5. 1931: auf eine neuerliche Malariaimpfung hat der Patient nicht angesprochen, Stimmung läppisch-heiter, kritiklos und einsichtslos, Urteilsschwäche deutlich. Sprache in letzter Zeit verwaschener. 72 kg. Der Patient ist unheimlich, recht reizbar, hat stets mit seinen Halluzinationen zu tun.

5. 8. 1931: in letzter Zeit besser ansprechbar, äußert keine Größenideen mehr. Gibt zu, daß er sich vor 20 Jahren angesteckt habe mit Lues, seine Frau habe auch zwei Aborte gehabt. Behandelt sei er mit einer Schmierkur worden.

26. 9. 1931: Patient ist ruhig, macht aber einen stumpfen und gleichgültigen Eindruck; im Augenblick keine Sinnestäuschungen mehr.

15. 2. 1932: lebt ruhig und gleichgültig dahin, drängt nicht mehr fort, äußert keine Größenideen mehr, macht einen depressiven Eindruck. Fühlt sich anscheinend verfolgt, wird er angesprochen, so reagiert er wüst schimpfend und drohend. Die Sprache hat sich stark verschlechtert.

1. 4. 1932: Zustandsbild unverändert, Sinnestäuschungen scheinen im Augenblick nicht mehr zu bestehen, Größenideen nicht mehr nachweisbar. Wenn man den Patienten nicht anspricht, so arbeitet er ruhig auf der Abteilung.

12. 8. 1932: wieder erneut Sinnestäuschungen, der Patient hält sich ständig die Ohren zu, schimpft und schlägt um sich. Die Sprache ist noch schlechter geworden.

18. 12. 1932: halluziniert viel, sehr unzugänglich. Sitzt stets in den Ecken, schlägt um sich und schimpft.

10. 3. 1933: schimpft viel zum Fenster hinaus, scheint sich mit Frauen zu zanken, es fallen die gemeinsten Ausdrücke. Stimmung wechselnd.

7. 7. 1933: Patient halluziniert weiter, es ist schwer etwas über seine Erlebnisse zu erfahren, da die Stimme sehr verwaschen ist. Zur Arbeit ist der Patient kaum zu gebrauchen.

10. 5. 1934: verkennt seine Umgebung, arbeitet manchmal, steht dann wieder am Fenster und schimpft, sieht sicher Gestalten und hört Stimmen.

10. 10. 1934: Patient ist wieder etwas besser aufgelegt, spielt zeitweise Ziehharmonika. Halluziniert aber immer noch.

8. 4. 1935: Patient schließt sich von seiner Umgebung ab und ist mit seinen Halluzinationen beschäftigt. Manchen Tag ist er recht vergnügt, dann wieder vollkommen unverträglich.

8. 8. 1936: Halluzinationen bestehen weiter. Vollkommen unverändertes Zustandsbild.

10. 2. 1937: Patient ist in letzter Zeit wieder ansprechbar. Er erzählt dem Referenten, der sich seine Gunst durch Zigaretten erworben hatte, wörtlich: „Heute nacht waren sie wieder bei mir, mit Gummischuhen und mit Masken vor dem Gesicht. Da werde ich geschimpft, gezwickt und geschlagen oder sie stechen an mir herum. Da kann ich gar nichts dagegen machen, weil sie mir den Hals zudrücken. Gestern waren sie auch am Tag bei mir, da haben sie eine Katze vor dem Fenster umgebracht, sie haben ihr den Hals abgeschnitten und den Kopf auf den Mond geschossen". Dann lacht der Patient, geht in seine Ecke und halluziniert weiter.

Kurze Zusammenfassung:

Die Infektio veneris liegt in diesem Falle wahrscheinlich 20 Jahre zurück. Die Paralyse ist noch im Anfangsstadium begriffen (auch anamnestisch). Außer der Pupillenstarre bestehen keine neurologischen Merkmale. — Die uferlosen Größenideen, die ins Unermeßliche steigen, zeigen uns, daß es sich um die expansive klassische Paralyse handelt. Nach der Malariakur ($2^1/_2$ Monate später) treten zum ersten Male Halluzinationen auf. Gehörhalluzinationen überwiegen. Die Größenideen verschwinden langsam. Jahre hindurch bestehen die Halluzinationen, denen sich auch noch Verfolgungsideen anschließen. — Wenn auch kurzdauernd eine Besserung eintritt, so bleibt bis zum Ende der Beobachtungszeit, der Patient doch psychisch und körperlich unverändert.

Krankengeschichte.
Fall II.

Aufnahme: am 1. 12. 1932. Der Patient kommt allein. Er ist nicht ansprechbar, gibt nur mühsam Auskunft. Er klagt über starke Kopfschmerzen, will offensichtlich seine Ruhe haben. Seine Bewegungen, wie auch seine Sprache sind außerordentlich langsam.

Körperlicher Befund: kräftig gebauter Mann, körperlich ohne Besonderheiten. Einzelne Narben (wahrscheinlich Kriegsverletzungen).

Nervensystem: Augen frei beweglich, Pupillen eng, etwas verzogen, Reaktion auf Licht und Konvergenz erhalten. Augenhintergrund: verwaschene Pupillen. Reflexe in normaler Stärke und an normaler Stelle auslösbar. Keine pathologischen Reflexe, keine Pyramiden-Symptome.

2. 12. 1932: Patient ist ansprechbar. Ist zeitlich nicht gut orientiert, er kann kaum Angaben machen und macht einen debilen Eindruck.

Subjektive Anamnese: aus der Familiengeschichte nichts besonderes. Er hat selbst als Kind schlecht gelernt, ist in der Schule einmal sitzen geblieben, war besonders schlecht im Rechnen. Er war beim Militär. Er hat 1912 geheiratet und hat 3 Kinder. Angeblich keine Tot- oder Fehlgeburten. Seit 3 Wochen fühle er sich krank, habe immer Kopfschmerzen, er glaubt, daß die Schmerzen von einem Schlag gegen die Stirne herkämen. Er habe nie Anfälle gehabt, Infektio veneris unbekannt.

Intelligenzprüfung: Testworte werden falsch nachgesprochen, deutliche Artikulationsstörungen. Lesen ohne Verständnis, stümperhaft und manchmal falsch. Nacherzählen ist unmöglich, er rechnet sehr schlecht (der Patient meint, er wäre zu alt). Monate können nicht aufgezählt werden.

Die Cysternenpunktion ergibt eine deutliche Erhöhung der Zellen. Eiweißreaktion stark positiv. Kurve: typisch für Paralyse.

3. 12. 1932: Impfung mit Malariablut.
10. 12. 1932: der Patient hat die ersten Fieberstöße gehabt, klagt über Kopfschmerzen, ist sehr apathisch.
16. 12. 1932: siebender Fieberstoß. Klagen über Kopfschmerzen.
23. 12. 1932: nach dem zehnten Fieberstoß Fieber gestoppt. Der Patient ist psychisch stark verändert, liegt vollkommen apathisch im Bett, reagiert kaum auf Ansprechen, langsam auf taktile Reize.

30. 12. 1932: immer noch Klagen über Kopfschmerzen. Auf Befragen nur mühsame Antwort. Stets weinerlich und in klagender Stimmung. Ist sehr unrein.

2. 1. 1933: Cysternenpunktion. Zellzahl etwas vermindert. Psychisches Verhalten unverändert.

6. 1. 1933: Fehlen jeglicher Spontanaktivität. Auf Fragen kaum Antwort. Ständiges Klagen über Kopfschmerzen.

12. 1. 1933: in den letzten Tagen etwas lebhafteres Verhalten, Kopfschmerzen bestehen angeblich weiterhin. Rechnen und sonstige Intelligenzfragen werden kaum beantwortet. Einleitung der kombinierten Salvarsan-Bismogenol-Kur.

16. 1. 1933: der Patient war in der Nacht sehr unruhig, er fluchte und schimpfte andauernd. Bei der Morgenvisite rechnet der Patient fortwährend.

26. 1. 1933: in letzter Zeit viel lebhafter und aktiver, regt sich leicht auf. Zeitliche Orientierung fehlt. Intelligenzprüfung: Nachsprechen von Zahlen sehr mangelhaft. Rechnen etwas gebessert. Testworte werden nicht nachgesprochen. Der Patient antwortet stets: „Ich weiß nicht oder ich mag nicht".

2. 2. 1933: im psychischen Verhalten weiter gebessert, das Interesse an den Vorgängen auf der Abteilung ist langsam erwacht. Sehr reizbar, aber nicht gewalttätig.

8. 2. 1933: Verlegung nach Werneck.

Fortsetzung der Krankengeschichte in der Heil- und Pflegeanstalt Werneck.

10. 2. 1933: Körperlicher und psychischer Befund unverändert.

15. 2. 1933: der Patient ist sehr niedergeschlagen, liegt im Bett, ist sehr unwillig, weint viel vor sich hin, gibt kaum Antwort.

15. 3. 1933: Auftreten von plötzlichen unbegründeten Erregungen. Der Patient beginnt plötzlich zu schimpfen und zu drohen, wahrscheinlich sind Halluzinationen vorhanden.

1. 4. 1933: stets in gereizter mürrischer Stimmung, flucht und schimpft den ganzen Tag und greift grundlos an. Da die Erregungen zunehmen, muß er auf die strenge Wache gelegt werden.

30. 4. 1933: weitere Erregungen auf Grund von Halluzinationen. Unbeeinflußbar, fühlt sich anscheinend ständig verfolgt.

25. 5. 1933: quälende Halluzinationen. Er spricht manchmal darüber: „Die Hurenhunde, die im Abteilungsgang sind,

lassen mir keine Ruhe. Ständig fordern sie mich auf, ich soll mich erschießen. Gestern haben sie gesagt, ich soll verrecken, weil ich es mit meiner Mutter, mit Gänsen und mit Hühnern habe. Dann haben sie mir Gas eingeblasen, mein Ohr ist jetzt noch ganz blau. Der Patient verstopft sich ständig die Ohren, er verlangt manchmal nach Arbeit.

7. 10. 1933: trotz der ständigen Halluzinationen gut bei der Arbeit. Immer wieder kommt er zum Arzt und verlangt, daß dieser doch endlich die Verfolger wegschicken solle. Er stopft sich die Ohren mit Watte und Lumpen zu, weil er das Trommeln nicht mehr hören könne.

23. 2. 1934: der Patient gibt an, daß er von den Leuten in Poppenlauer und Maßbach ständig gequält werde. Er verstopft sich immer noch die Ohren und glaubt damit seine Sinnestäuschungen vertreiben zu können.

15. 5. 1934: Patient arbeitet fleißig als Anstaltszimmermann, fühlt sich aber auch bei der Arbeit ständig geplagt von den „Maßbachern". Diese schießen seinen Körper vollständig zusammen und trommelten ständig in seinen Ohren mit der großen Trommel. Er bittet jeden Tag den Arzt, doch Abhilfe zu schaffen, er wolle gern die Namen seiner Quäler nennen.

15. 8. 1934: stopft immer noch große Wattemengen in sein Ohr, um sich vor den Trommeln schützen zu können. Steht auf der Abteilung zuweilen in einer Ecke des Ganges, antwortet hier auf das „Telephon", macht Anzeigen bei der Polizei und bittet um Verhaftung der Maßbacher.

Körperlicher Zustand unverändert, psychisch bietet der Patient das Bild eines halluzinierenden Schizophrenen.

20. 12. 1934: Halluzinationen bestehen fort. Der Patient geht täglich zur Arbeit, an Sonn- und Feiertagen darf er mit der Gruppe über Land gehen.

März 1935: Körperlich und psychisch kaum verändert. Der Patient ist sehr mißtraurisch gegen seine Umgebung. Oft will er Abhilfe von seinen Quälern haben. Wiederholt müssen Fremdkörper aus den stets verstopften Ohren herausgeholt werden.

April 1936: immer noch dieselben Halluzinationen. Der Patient macht oft einen gequälten Eindruck, ist dann aber auch wieder zufrieden und läppisch-heiter.

Februar 1937: Halluzinose besteht fort. Der Patient hört ständig Trommeln und Schießen. In letzter Zeit öfter unrein

(Urin). Der Patient behauptet, die Maßbacher hätten ihm Wasser ins Bett gegossen. Stimmungslage läppisch-heiter. Körperlicher Befund ohne Neuigkeiten.

Kurze Zusammenfassung zu Fall 2:

Infektio neveris ist hier unbekannt, ebenso der ganze Beginn der Krankheit. Die gemütliche Stumpfheit wie schwerste Gedächtnis- und Intelligenzdefekte, weisen auf das Bestehen einer dementen Paralyse. — Durch die Malariakur wird der Patient aus seiner Stumpfheit etwas aufgerüttelt; der Weiterzerfall der Intelligenz hält ein. — $3^1/_2$ Monate nach der Kur: Auftreten von Halluzinationen, vor allem des Gehörs. Es bestehen aber auch Trugwahrnehmungen der Empfindung. Verfolgungsideen werden etwas später geäußert. Obwohl der Patient trotz seiner Halluzinationen zu leichten Arbeiten herangezogen werden kann, bleibt er doch für immer anstaltspflegebedürftig.

Krankengeschichte aus der Heil- u. Pflegeanstalt Werneck
Fall III:

Düll Georg, lediger Arbeiter, geboren am 6. 3. 1900.

Aufnahme am 9. 2. 1931. Der Patient kommt aus dem Städtischen Krankenhaus Schweinfurt, war dort wegen Magenbeschwerden seit 14 Tagen, mußte wegen allgemeiner Unruhe verlegt werden. Bei der Aufnahme typische artikulatorische Sprachstörungen, sehr gesprächig, äußerst unsinnige Größenideen.

10. 2. 1931: der Patient war nachts ruhig, macht einen schwachsinnigen Eindruck, ist vollkommen desorientiert, weiss kaum seinen Namen, noch sein Alter anzugeben. Die Arbeit hat er aufgegeben, weil er seine Gedanken nicht mehr zusammen bringen konnte. Sprache: sehr undeutlich und verwaschen. Befund: Habitus asthenisch, Größe: 160 cm, Gewicht: 54 kg. Innere Organe ohne Befund. Neurologisch: Pupille rechts größer als links, Lichtreaktion aufgehoben. Augenhintergrund ohne Befund. Hirnnerven sonst ohne Befund. Reflexe an normaler Stelle in normaler Stärke auslösbar. Sprache: verwaschen, langsam und abgehackt. Psychisch: Orientierung völlig aufgehoben, starke Merkfähigkeitsstörungen, Schulkenntnisse sehr mangelhaft, Ein mal eins nicht mehr möglich. Schrift leserlich, viele Schreibfehler, Buchstaben werden ausgelassen. Keine Krankheitseinsicht. Allgemeinverhalten ruhig, vollkommene Teilnahmslosigkeit. Infektio veneris: nicht eruierbar.

12. 2. 1931: unverändertes Wohlbefinden, Lumbalpunktion: Zellen 90/3. Eiweissreaktion positiv. Wa. R.: in Liquor und Blut positiv. Diagnose: progressive Paralyse.

25. 2. 1931: Sprache wird zusehends schlechter, schwer verständliches Stammeln. Es werden Größenideen geäußert. Für Sinnestäuschungen keine Anhaltspunkte.

28. 2. 1931: Malariaimpfung.

6. 3. 1931: erster Fieberstoß. Der Patient wird plötzlich laut, er sitzt und pfeift den ganzen Tag.

6. 4. 1931: nach 10 Fieberstößen Malaria mit Chinin abgebrochen. Gleich nach Beendigung der Fieberkur Auftreten schwerster Erregungszustände. Der Patient deutet in die Luft, schreit im Saal umher, will zum Fenster hinaus, dann kurze Beruhigung. Mitten in der Nacht schreit der Patient Feuer. Er reißt die anderen Patienten aus den Betten und will fort. Es bestehen Sinnestäuschungen, wahrscheinlich auf optischer Grundlage.

15. 4. 1931: immer wieder Sinnestäuschungen. Der Patient schreit plötzlich laute Worte, er unterhält sich wahrscheinlich mit unsichtbaren Gestalten. Wiederholt bittet er den Pfleger, den nicht-brennenden Ofen auszumachen, da er sonst verbrennen müsse.

27. 4. 1931: die Erregung hat sich etwas gelegt, manchmal noch Halluzinationen. Der Patient sieht anscheinend ständig Feuer, da er ständig Feuerwehr ruft. Psychisch ist eine zunehmende Verblödung bemerkbar.

3. 6. 1931: Salvarsankur ist bendet. Stärkeres Auftreten von Erregungszuständen, besonders nachts.

3. 6. 1931: der Patient starrt zum Fenster hinaus und spricht ständig unverständige Worte. Es bestehen mit Sicherheit akustische und optische Sinnestäuschungen.

19. 6. 1931: deutliche Verfolgungsideen, der Patient macht einen verstörten Eindruck, er zittert vor Aufregung und will fort. Er ruft nach der Polizei, rennt im Saal umher und brüllt wie ein Tier. Die Sprache wird zusehends schlechter.

Juli 1931: immer noch Selbstgespräche am Fenster und in den Saalecken. Die Halluzinationen bestehen weiter.

Januar 1932: lautes Schreien, oft mitten in der Nacht. Beruhigung tritt erst ein, wenn der Patient oftmals sein Bett durchsucht hat. Es bestehen mit Sicherheit optische und akustische Sinnestäuschungen.

Mai 1932: der Patient verblödet zusehends. Er redet spontan fast nicht mehr, nur tierische Laute zeigen seine Erregung an.

September 1932: Halluzinationen bestehen fort. Die Erregungszustände machen sich dadurch bemerkbar, daß sich der Patient stundenlang auf dem Kopf reibt und Fluchtversuche unternimmt. Er fühlt sich anscheinend immer noch verfolgt.

Januar 1933: der Patient redet ständig unverständliches Zeug, er schlägt in die Luft und irrt in der Nacht umher. Verständige Worte bringt er nicht mehr heraus.

Januar 1934: das Zustandsbild hat sich dahin geändert, daß eine vollkommene Verblödung eingetreten ist. Vereinzelte Erregungszustände deuten noch auf Halluzinationen. Körperliches Befinden ungestört.

Januar 1935: die Erregungszustände sind sehr selten geworden. Der Patient besorgt sich nicht mehr selbst, er macht den Eindruck eines vollkommen verblödeten Schizophrenen.

Januar 1937: Zustandsbild unverändert, Patient ist vollkommen hilfslos, körperlich ohne Beschwerden.

Kurze Zusammenfassung zu Fall 3:

Auch im Fall 3 handelt es sich um eine demente Paralyse. Die Infektio veneris kann bei dem jugendlichen Alter des Patienten höchstens 10 bis 12 Jahre zurückliegen. An der akuten Verschlimmerung der neurologischen Krankheitssymptome (Sprache), wie auch an dem raschen Zerfall der Persönlichkeit, sehen wir den galoppierenden Charakter der Paralyse.

Die eingeleitete Malariakur bringt nur körperlich einen Stillstand der Paralyse. — Psychisch bedeutet das Auftreten von Halluzinationen eher eine Verschlechterung. — Der Zerfall der Persönlichkeit schreitet fort. Die quälende Unruhe, in die zunächst die Halluzinationen den Patienten bringen, verschwindet langsam, an ihre Stelle tritt eine vollkommene Verblödung.

Als vollkommene geistige Ruine bleibt der Patient ein ständiger Anstaltsinsasse.

Krankengeschichte Fall IV aus dem Luitpoldkrankenhaus Würzburg.

F. B. verheirateter Steinhauer, 41 Jahre alt, geboren am 15. 8. 1891.

Einlieferung am 11. 11. 1932. Der Patient wird in bewußtlosem Zustand durch die Sanitätskolonne eingebracht.

Objektive Anamnese nach Angaben der Ehefrau: der Patient ist heute Abend plötzlich umgefallen, er war über eine Viertel Stunde bewußtlos und blau im Gesicht. Zuckungen gingen über den ganzen Körper. Der Speichel sei ihm aus dem Mund gelaufen. Von Zungenbiß und Einnässen nichts bemerkt. Früher nie derartige Zustände.

Seit 28. 8. ist der Patient zuhause. Er kam aus dem Gefängnis, weil er vor zwei Jahren 50 einzelne Schuhe gestohlen hatte. Seit seiner Rückkehr hat er nicht mehr gearbeitet, er saß den ganzen Tag stumpf herum. Vor dem Schuhdiebstahl war der Patient sehr leichtsinnig, aber nie besonders auffällig. Nach Angaben der Frau soll vor 4 Jahren, anläßlich der Untersuchung eines Kindes, bei ihrem Manne Syphilis festgestellt worden sein. Keine Behandlung.

B e f u n d: auffallend dicker kräftiger Mann, der vollkommen stumpf und apatisch daliegt, obwohl er jetzt nicht mehr bewußtlos ist. Ein Kontakt mit dem Patienten ist nicht möglich. Die körperliche Untersuchung ergibt keine Besonderheiten. Neurologisch: Pupillen reagieren prompt auf Licht und Konvergenz. Alle Reflexe in normaler Stärke und an normaler Stelle vorhanden. Psyche: vorläufig nicht beurteilbar, sicher fortgeschrittene Demenz.

Eine halbe Stunde nach der Einlieferung schwerer epileptiformer Anfall mit tonisch-klonischen Zuckungen, Pupillenstarre und positivem Babinsky; Dauer ca. 5 Minuten; Bewußtlosigkeit eine Viertel Stunde.

Am 14. 11. 1932: Cysternenpunktion, Eiweissreaktionen deutlich positiv, Zellzahl stark erhöht. Kurve: typische Paralyse. Der Patient zeigt eine deutliche Demenz, scheint zeitlich und örtlich orientiert zu sein.

21. 11. 1932: Impfung mit Malariablut.

12. 12. 1932: 12 Fieberanfälle seit dem 2., die dem Patienten gut bekommen. Während des Fiebers psychisch etwas klarer und ansprechbar.

28. 12. 1932: nach 12 Fieberzacken Kuppierung der Malaria mit Chinin. Der Patient ist kaum ansprechbar, vollkommene Interesselosigkeit.

7. 1. 1933: lebhafter, aber doch ausgesprochen dement; der Patient stiehlt, was er erwischen kann und muß in die Zelle verlegt werden.

18. 1. 1933: Verlegung in die psychiatrische Klinik.

Aus der psychiatrischen Klinik in Würzburg.

Körperlich und neurologisch keine Änderung des Befundes; psychisch zeigt der Patient eine läppische Euphorie, ist dabei stumpf und gleichgültig. Zeitliche und örtliche Orientierung vorhanden. Aus der subjektiven Anamnese erfahren wir, daß die Infektion etwa vor 20 Jahren stattgefunden hat.

Der Patient gibt weiter an, daß er vor 8 Jahren ein Geschwür an der Eichel gehabt habe.

Inwieweit diese Angaben glaubhaft sind, können wir nicht entscheiden. Langsam entwickelt der Patient auch Größenideen; er prahlt mit seinem Schuhdiebstahl und mit noch anderen Diebstählen, die er begangen haben will. Eine vorgenommene Intelligenzprüfung ergibt kaum Ausfälle.

23. 1. 1933: der Patient sitzt stumpf im Wachsaal, lacht sändig vor sich hin, ist unbekümmert und gleichgültig. Eine vorgenommene Cysternenpunktion ergibt deutliche Besserung des Liquorbefundes.

2. 2. 1933: keine Fortschritte in psychischer Hinsicht. Ohne jede Krankheitseinsicht, vollkommen interesse- und kritiklos. Stimmungslage läppisch-heiter.

8. 2. 1933: Verlegung nach Werneck.

Krankengeschichte aus der Heil- und Pflegeanstalt Werneck.

9. 2. 1933: körperlicher Befund wie in der psychiatrischen Klinik in Würzburg. Psychisch: kritik- und distanzlos. Ständige Euphorie. Orientierung und Wissen gut erhalten.

1. 3. 1933: der Patient rühmt sich seiner Einbrüche, äußert massenhaft Größenideen. Er drängt nicht fort. Angehalten zur Arbeit, ist er willig und ruhig tätig.

2. 4. 1933: auf der Ruhigenabteilung hält sich der Patient gut. Er arbeitet in der Bürstenmacherei. Größenideen vorhanden.

Mai 1933: der Patient ist meist gut aufgelegt. Es fällt auf, daß er bei der Arbeit viel lacht und zeitweise schimpft. (Halluzinationen?).

Juli 1933: der Patient verlangt in letzter Zeit öfters seine Entlassung; er schimpft viel über seine Ehefrau. Größenideen noch vorhanden.

Juli 1933—März 1934: der Patient verfertigt in der Tischlerei wunderbare Einlegearbeiten. Er ist psychisch vollkommen unauffällig, sodaß ihm sogar Dorfausgang gewährt werden kann.

April 1934: es fällt auf, daß der Patient nicht mehr regelmäßig arbeitet, viel in den Ecken steht und laut redet. Auskunft darüber ist nicht zu erhalten, da er sehr mißtraurisch geworden ist. Es bestehen mit Sicherheit Halluzinationen.

Oktober 1934: der Patient muß wegen seiner Halluzinationen auf die Wache verlegt werden. Er hat auf der Ruhigenabteilung verschiedene andere Patienten bedroht, weil sie ihn angeblich mit Eiter beschmiert haben. In einem Brief, in dem er sich bei der Direktion beschwert, berichtet er von Gestalten, die ihn nachts erscheinen und Stimmen, die er hört und von allen möglichen Manipulationen, die an ihm ausgeführt werden. Es ist damit einwandfrei erwiesen, daß sowohl optische, als auch akustische Halluzinationen bestehen.

Oktober 1935: die Halluzinationen bestehen seit der Verlegung auf die Wache andauernd fort. Der Patient hat inzwischen ein richtiges Wahnsystem ausgearbeitet. Er bietet das Bild eines paranoiden Schizophrenen.

Februar 1937: unverändertes psychisches Zustandsbild. Aus dem Wahnsystem kann der Referent einige wörtliche Sätze anführen.

„Weil ich die Feme verraten habe, ist sie hinter mir her. Alle Nacht höre ich sie beraten, wie ich hingerichtet werden soll. Meine Frau und meine Kinder haben sie gestern vor meinen Augen hingerichtet. Mir soll das Rückenmark entzogen werden, ein Teil ist schon fort. Meine Gedanken werden mir genommen, damit ich meine Regierungsgeschäfte nicht mehr führen kann. Sehen sie das Zeichen in meiner Hand, es wurde mir gestern nachts hineingebrannt. „usw".

Kurze Zusammenfassung zu Fall 4:

Die Anamnese ergibt in Fall 4, daß es sich hier um eine fortgeschrittene Paralyse handelt, die bereits ohne Behandlung seit dem Schuhdiebstahl, also 2 Jahre besteht. Die auftretenden Anfälle sind typisch paralystische. Es ist bestimmt verwunderlich, daß, trotzdem die Paralyse schon 2 Jahre manifest ist, keine größeren psychischen Veränderungen vorhanden sind. — Im Anschluß an die Malariakur tritt eine vollkommene Remission ein. Sogar Kunstarbeiten können angefertigt werden. — Erst eineinhalb Jahre nach der Fieberbehandlung treten Halluzinationen mit Wahnideen auf. — Schlagartig verschwindet die Arbeitskraft. Die Halluzinationen allein beschäftigen noch

den Patienten. — Wäre die Anamnese nicht bekannt, so könnte man den Patienten mit seinen Halluzinationen und seinem ausgearbeiteten Wahnsystem für einen paranoiden Schizophrenen halten. — Eine psychische wie auch körperliche Aenderung des Zustandes tritt in der Beobachtungszeit nicht mehr ein.

Krankengeschichte aus der psychiatrischen Klinik Würzburg Fall V.

E. Sch. Kassiererswitwe, geb. am 16. 7. 1872.

Aufnahme: am 24. 12. 1927. Eingewiesen nach Art. 80 Abs. 2 wegen Gemeingefährlichkeit, auf Wunsch der Angehörigen. Die Patientin redet fortwährend bei der Aufnahme, äußert Größenideen, behauptet, sie wäre der Liebe Gott, sagt unter anderem, daß ihr Engel erschienen wären und daß sie ständig mit ihrem verstorbenem Urgroßvater, in Verbindung stehe usw.

Köperlicher Befund: ohne Besonderheiten; Neurologisch: Pupillenreaktion auf Licht erloschen, sonstige Reflexe an normaler Stelle und in normaler Stärke auslösbar. Cysternenpunktion: stark erhöhte Zellzahl. Eiweissreaktion und Kurve typisch für progressive Paralyse.

Intelligenzprüfung: zeitlich und örtlich orientiert. Schreiben mit Auslassen von Buchstaben. Lesen und Rechnen sehr schlecht.

31. 12. 1927: auf Befragen unglaubliche Größenideen, dabei völlig orientiert und besonnen. Die Patientin spricht immer wieder von deutlichen Stimmen, die ihr alles mögliche zuflüstern. Auch Erscheinungen will sie angeblich gehabt haben.

2. 1. 1928: seit Tagen erklärt die Patientin, daß sie elektrischen Strömen ausgesetzt sei und bittet um Hilfe. Immer wieder versichert sie, daß sie sich mit allen möglichen Bekannten und längst verstorbenen Verwandten unterhalte. Größenideen noch vorhanden.

12. 1. 1928: Impfung mit Malariablut.

20. 1. 1928: die Größenideen wie auch die Trugwahrnehmungen, sind während des Fiebers verschwunden. Die Patientin liegt ruhig im Bett, das Fieber wird gut vertragen.

31. 1. 1928: Fieber nach 9 Schüben mit Chinin gestoppt. Psychisch zunächst ruhig und unauffällig.

3. 2. 1928: die Patientin beginnt wieder ihre Größenideen zu entwickeln. Sie halluziniert ständig, verrät aber ihre Mitteilungen nicht mehr.

28. 2. 1928: Halluziniert dauernd, hat optische und akustische Sinnestäuschungen stärker als vor der Malariakur. In letzter Zeit treten die Größenideen etwas in den Hintergrund.

7. 3. 1928: Verlegung nach Werneck.

Krankengeschichte
aus der Heil- und Pflegeanstalt Werneck.

Körperlich und neurologisch der gleiche Befund wie in Würzburg. In psychischer Hinsicht bietet die Patientin das Bild eines stark fortgeschrittenen Schwachsinnes. Die Sinnestäuschungen auf dem Gebiete des Gehöres wie Gesichtes sind noch vorhanden.

15. 3. 1928: zahlreiche Sinnestäuschungen von höchstsinnlicher Deutlichkeit sind vorhanden. Die Patientin „telephoniert" an der Wand, ruft viel zum Fenster hinaus und sieht alle möglichen Gestalten.

Mai 1929: immer noch die alten Halluzinationen. Größenideen fast verschwunden. Es macht sich bei der Patientin eine zunehmende Verblödung bemerkbar.

September 1932: Patientin sehr stumpf und teilnahmslos geworden. Obwohl noch vereinzelte Halluzinationen zu bestehen scheinen, wird die Patientin kaum mehr erregt.

September 1934: fortgeschrittene Demenz. Die Patientin reagiert nicht mehr auf Ansprechen, sie sitzt in der Ecke mit starrem Gesicht und stiert gegen die Wand. Körperlich ohne Besonderheiten.

25. 8. 1935: Patientin ist nach wenigen Krankheitstagen einer Pneumonie mit Herzschwäche erlegen.

Krankengeschichte
aus der Heil- und Pflegeanstalt Werneck.
Fall VI.

A. H. verheirateter Schiffer, geb. am 18. 3. 1892.

Aufnahme: Der Patient wird von der Ehefrau gebracht, er war wegen eines Magengeschwüres im Städt. Krankenhaus in Schweinfurt in Behandlung. Seit seiner Entlassung war der Patient sehr erregt, fühlt sich von einem anderen Mitkranken

verfolgt, schimpft viel zum Fenster hinaus und behauptet, sein Verfolger stehe vor der Türe.

Körperlicher Befund: Kräftiger Mann ohne Besonderheiten, neurologisch: Pupillenreaktionen sehr schlecht auf Licht, sonst Reflexe an normaler Stelle und in normaler Stärke auslösbar.

Cysternenpunktion: Eiweissreaktionen positiv, Zellzahl erhöht. Kurve typisch für Paralyse. Wassermann im Blut und Liquor positiv.

Psychisches Verhalten: Der Patient gibt auf Befragen sinngemäß Antwort. Fürchtet sich anscheinend vor Jedermann, behauptet, daß er immer noch verfolgt werde.

23. 10. 1932: der Patient gibt an, daß er die Stimmen seiner Verfolger höre. Er ist sehr ängstlich, verkriecht sich unter dem Bett und schwitzt vor Angst. Verweigerte heute das Essen, weil es vergiftet wäre. Es bestehen deutliche akustische Halluzinationen.

11. 11. 1932: Impfung mit Malariablut.

6. 12. 1932: Der Patient hat 8 Fieberzacken hinter sich. Die Kur wird gut vertragen. Der Patient liegt ruhig im Bett, äußert keine Wahnideen mehr und scheint auch keine Halluzinationen mehr zu haben.

16. 12. 1932: Fieber nach der 14. Zacke gestoppt. Deutliche Störung der Merkfähigkeit und des Urteilsvermögens. Auffassung schwerfällig und verlangsamt. Im Augenblick keine Sinnestäuschungen und Wahnideen.

2. 4. 1933: Der Patient macht wieder einen mißtraurischen Eindruck, es fällt auf, daß er viel schimpft und viel zum Fenster hinausredet; offenbar zankt er sich mit irgendwelchen unsichtbaren Leuten. Es fallen dabei die gemeinsten Schimpfworte. Die Erregung steigt soweit, daß der Patient um sich schlägt.

27. 4. 1933: Die Halluzinationen sind verstärkt vorhanden, besonders nachts. Der Patient will nicht mehr ins Bett, er schreit ständig zum Fenster hinaus. Gegen den Rat der Ärzte wird der Patient von den Angehörigen nach Hause geholt.

29. 4. 1933: Neuaufnahme: Der Patient war zuhause nicht zu halten. Er hörte ständig Stimmen und fühlte sich verfolgt, drängt fort, findet sich aber nicht zurecht. Er weiß selbst nicht, wohin er will und wer ihn verfolgt.

2. 5. 1933: Halluzinationen bestehen fort. Der Patient macht einen gequälten Eindruck. Er kommt Tag und Nacht nicht zur Ruhe. Er schimpft und schreit ständig im Saal.

22. 5. 1933: Die Halluzinationen des Gehöres sind stärker geworden. Der Patient gibt an, daß er ständig Läuten und Klingeln in den Ohren höre, neben den Stimmen, die ihn auch verfolgen.

10. 10. 1934: Unverändertes Zustandsbild. Der Patient hat noch Halluzinationen, reagiert aber nicht mehr mit so starken Erregungen darauf. Er führt immer noch stundenlange Gespräche am Fenster. Körperlich ohne Beschwerden.

August 1936: Da die Sprache des Patienten wesentlich schlechter geworden ist, ist nichts mehr über die Halluzinationen, die noch bestehen, zu erfahren.

Der Patient ist in letzter Zeit zunehmend verblödet. Das mißtraurische Wesen, das der Patient an den Tag legt, ist ein sicheres Zeichen für das Bestehen von Halluzinationen und Verfolgungsideen.

Kurze Zusammenfassung zu Fall V und VI.

Die Fälle V und VI möchte ich gemeinsam behandeln, da sie verschiedene Punkte gemein haben.

Es handelt sich um eine expansive (Fall V) und um eine demente Paralyse, (Fall VI). Beide Fälle werden mit Halluzinationen eingeliefert, die in Fall VI noch von paraniden Wahnideen begleitet sind. Die Fieberbehandlung läßt für kurze Zeit die Halluzinationen völlig verschwinden.

Kurze Zeit nach der Kur bestehen in beiden Fällen die Halluzinationen wieder. Jahrelang bleiben die Halluzinationen bestehen, während langsam in beiden Fällen eine Verblödung immer mehr Platz gewinnt.

Vergleichend ergibt sich aus den 6 Krankheitsgeschichten:

1. Die halluzinoseähnlichen Bilder im Anschluß an die Malariabehandlung können bei jeder Form der Paralyse auftreten. In unseren Fällen sind es eine expansive, 3 demente und 2 Paralysen mit paranoiden Symptomen.
2. Die Paralysen mit halluzinatorischen Bildern im Anschluß an eine Malariabehandlung zeichnen sich weder durch klinische, noch durch neurologische Merkmale vor der Behandlung aus.
3. Auch bei Paralysen mit Anfällen können halluzinoseähnliche Bilder im Anschluß an die Malariabehandlung auftreten. (Fall IV).

4. Die halluzinoseähnlichen Bilder nach der Malariabehandlung stehen, mit der in allen Fällen eingeleiteten Neosalvarsankur in keinem Zusammenhang.
5. Die halluzinosenähnlichen Bilder können zustandekommen, gleich in welchem Stadium der Paralyse die Malariabehandlung eingeleitet wird.
6. Das Auftreten der halluzinoseähnlichen Bilder im Anschluß an die Malariabehandlung ist zeitlich vollkommen verschieden. Der Zeitpunkt schwankt in unseren Fällen zwischen wenigen Tagen und $1^1/_2$ Jahren.
7. Unter den Halluzinationen stehen die des Gehörs an erster Stelle. Es folgen dann optische Halluzinationen. Trugwahrnehmungen der Körperempfindungen sind sehr selten.
8. Die Prognose der im Anschluß an die Malariakur halluzinierenden Paralytiker ist quod vitam gut, quod sanationem schlecht. 100% der zugehörigen Fälle bleiben für Lebzeiten anstaltspflegebedürftig.

Ueber die Veränderungen des Gehirnes bei halluzinierenden Paralitikern möchte ich noch kurz anführen:

Das Bild der Halluzinose kommt einesteils bei Schizophrenie, andernteils bei chronischem Alkoholismus vor. Bei dieser chronischen Alkoholvergiftung kann die Halluzinose mit dem Delirium abwechseln. Im Delirium steckt der Korsakowsche Symptomenkomplex. Das Korsakowsche Syndrom und auch das Delirium kann aus einem Symptomenbild entstehen, welches man seit Wernicke die Polioencephalitis hämorrhagica superior genannt hat. Hier liegen also diesen anscheinend verschiedenen Symptomenbildern gewisse gemeinsame lokalisatorische Hinweise zugrunde. Herr Professor Reichardt, der hierauf in den Vorlesungen oft hingewiesen hat, macht darauf aufmerksam, daß es anscheinend auch bei der progressiven Paralyse während der Malariabehandlung ein schweres akutes Symptomenbild entsprechend der Wernickeschen Polioencephalitis hämorrhagica superior gibt, gewöhnlich mit tödlichem Ausgang. Dann könnte man also die Halluzinose bei der behandelten Paralyse als eine mildere Form von Erkrankung gewisser Hirnstammteile auffassen.

Wir wissen schon seit Jahren, daß die Paralyse nicht etwa nur eine Erkrankung der Hirnrinde ist, sondern in besonderem Maße des Hirnstammes und der dort befindlichen vegetativen Apparate.

So ergab sich an Hand der Reichardt'schen Untersuchungen, über Seele, Hirn und Körper eigentlich von selbst die Frage, ob die halluzinierenden Paralytiker sich bezüglich ihres vegetativen Verlaufes besonders auszeichnen. In den Arbeiten der psychiatrischen Klinik Würzburg Heft 6—8, 1911 bis 1914, hat Reichardt eingehende Untersuchungen über die vegetativen Symptome bei der progressiven Paralyse veröffentlicht und hat hierbei unter anderem eine Anzahl verschiedener Verlaufsformen feststellen können, sog. Mästungsparalysen, Marasmusparalysen, Abmagerungsparalysen, katatonische Paralyse, Taboparalysen usw., denen nicht selten auch diese und jene neurologischen Besonderheiten oder psychische Verlaufsformen parallel gehen.

An Hand der Reichardtschen Untersuchungen wäre festzustellen, ob vielleicht die Paralyse mit halluzinoseähnlichen Bildern während oder nach der Malariabehandlung zu besonderen Verlaufsformen, in dem soeben kurz skiziertem Sinne führe.

Da ich nur 5 solche Körpergewichtskurven zur Verfügung habe, lassen sich keine Schlußfolgerungen ziehen. Immerhin ist es wohl der Mühe wert, die Körpergewichtskurven der Patienten zu veröffentlichen.

Von den 5 Kurven gehören 4 dem Mästungstyp an, es ist im Zusammenhang mit der Paralyse eine Körpergewichtszunahme eingetreten, und diese ist wohl infolge der Behandlung mehr oder weniger stationär geblieben. Bei der 5. Kurve sind Malaria und Halluzinose in das Stadium der initialen Abmagerung gefallen, der sich dann eine mäßige Körpergewichtszunahme anschließt. Hiernach würde die Behandlung bei allen 5 Patienten in den Beginn des Paralysestadiums fallen, in welchem sich stärkere vegetative Veränderungen abspielen, erkennbar unter anderem am Körpergewicht.

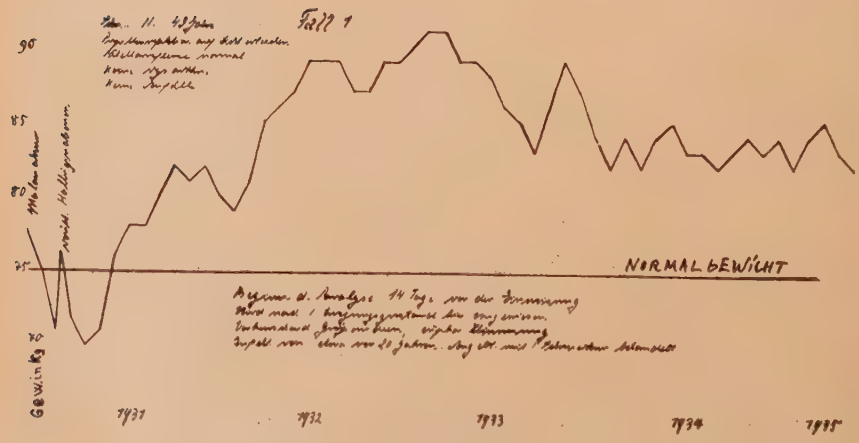
Am Schluß meiner Ausführungen füge ich noch hinzu:

Durch die Impfmalaria ist uns gegen die progressive Paralyse ein wunderbares Mittel gegeben. Doch könnten solche unbeeinflußbare halluzinoseähnlichen Bilder, die den Patienten für Lebzeiten zu einem Irrenhausinsassen machen, dem Therapeuten zu denken geben. Aus den vielen schon beschriebenen Fällen wird es vielleicht doch im Rahmen einer großen Arbeit möglich, Merkmale zu finden für die Paralytiker, bei denen im Anschluß an die Kur die gefürchteten Bilder auftreten. Da-

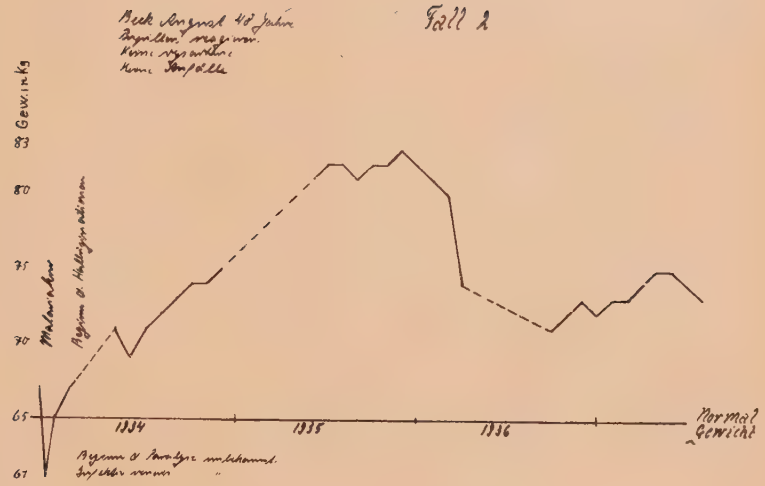
durch könnte man solche Kranke von einer Kur ausschließen, denn für sie, wie auch für die Angehörigen, würde ein frühzeitiger Paralysetod eine Erlösung bedeuten.

Für die Ueberlassung der Arbeit und für die freundliche Unterstützung danke ich an dieser Stelle meinem verehrten Lehrer
Herrn
Universitätsprofessor Dr. R e i c h a r d t
herzlichst.

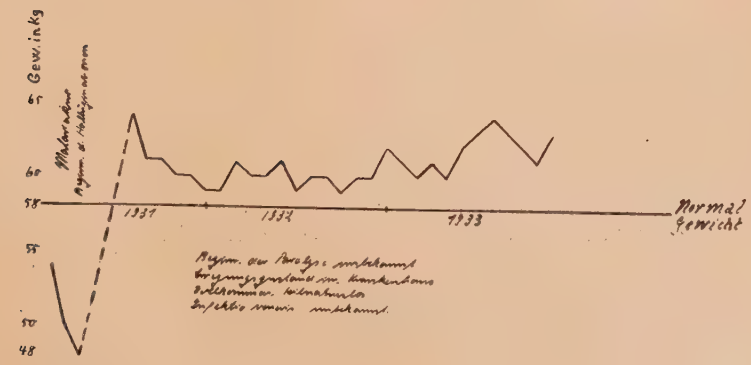
Auch der Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Werneck möchte ich hiermit meinen herzlichsten Dank für die freundliche Überlassung der Krankengeschichten aussprechen.

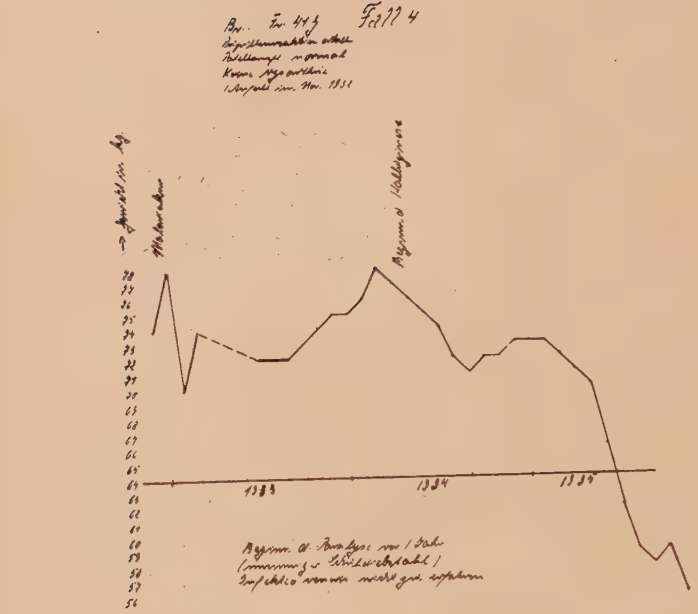


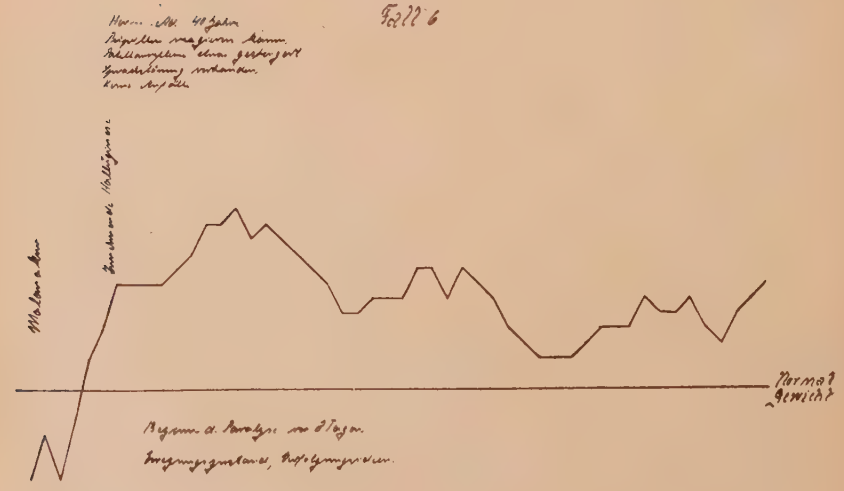
Fall 2


Gew. in kg
85
80
75
70
65
67
1934
1935
1936
Normal Gewicht

Fall 3


Gew. in kg
65
60
58
55
50
48
1931
1932
1933
Normal Gewicht





Schrifttum.

1. Bause und Rodenburg: Bemerkungen über die progressive Paralyse mit besonderer Berücksichtigung von Halluzinationen. (Neurol. u. Psychiatrie Orig. 25/1914).
2. Gerstmann D.: die Malariabehandlung der progressiven Paralyse (Springer Wien 1928).
3. Hermann und Hornieser: Schläfenlappenatrophie bei halluzinierenden Paralytikern (Zeitschr. f. Neur. u. Psych. 96/1925).
4. Dattner: Ueber paranoid-halluzinatorische Paralysen. Ver. f. Psych. u. Neurol. Wien / Zentrbl. f. die ges. Neurologie und Psychiatrie Bd. 38.

Lebenslauf.

Ich, Richard Herrmann bin als 6-ter Sohn des Kaufmanns Johann Herrmann und seiner Ehefrau Maria, geborene Laun zu Wassertrüdingen am 26. März 1911 geboren. Bis zu meinem 10. Lebensjahre war ich in meiner Heimat und besuchte dort die Volksschule. Nach dem Besuch der Mittelschulen Gunzenhausen und Dinkelsbühl, erlangte ich an der Oberrealschule zu Erlangen die akademische Reife (1930). Die lateinische Ergänzungsprüfung machte ich in Würzburg und studierte dann an den Hochschulen Erlangen, Rostock und Würzburg Medizin. Juli 1936 beschloß ich mein Studium mit dem Medizinischen Staatsexamen zu Würzburg. Seit August 1936 bin ich als Medizinalpraktikant an der Kreis-Heil- und Pflegeanstalt zu Werneck und seit 15. 3. an der Medizinischen und Nervenklinik in Würzburg, Direktor Professor Dr. Erich Grafe, tätig.

Ich versichere eidesstattlich, daß ich diese Dissertation ohne unerlaubte Beihilfe selbständig gemacht habe.

Richard Herrmann.